

### FORMULÁRIO ACADÊMICO

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Senhor(a) Orientador(a),

O(A) aluno(a) \_\_\_\_\_, No. USP: \_\_\_\_\_ solicita inscrição no processo de seleção para o Centro de Convivência Infantil "Ermelinda Ottoni de Souza Queiroz" da Divisão de Atendimento à Comunidade, Prefeitura do Campus USP "Luiz de Queiroz" da Universidade de São Paulo, junto à Comissão do CCIIn e a Seção Técnica de Promoção Social-DVATCOM. Para melhor avaliarmos, solicitamos as seguintes informações:

Fase do Trabalho: ( ) créditos ( ) experimental/pesquisa na USP  
( ) experimental/pesquisa fora da USP ( ) redação final

Local da pesquisa: \_\_\_\_\_

Período do desenvolvimento: \_\_\_\_\_

Data do exame de qualificação (ou previsão): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data prevista para defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Bolsa de estudos:

**Sim.** Instituição: \_\_\_\_\_ Valor mensal: R\$ \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Renovável? ( ) Sim ( ) Não

**Não.** Houve solicitação? ( ) Sim ( ) Não

Qual(is) Instituições? \_\_\_\_\_ Previsão de resposta: \_\_\_\_\_

O(A) aluno(a) possui vínculo empregatício? ( ) Não ( ) Sim.

Nome da Empresa/Organização: \_\_\_\_\_

Está afastado? ( ) Não ( ) Sim. ( ) com vencimentos ( ) sem vencimentos

Outras informações que julgar necessária:

---

---

---

---

---

Nome do(a) Orientador(a): \_\_\_\_\_

Unidade USP: \_\_\_\_\_

Depto/Curso: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

Divisão de Atendimento à Comunidade – Seção de Promoção Social

*As vagas no CCIIn têm cunho de promoção social com o objetivo de fornecer melhores condições para o estudante com necessidade de apoio, permitindo uma vivência universitária com qualidade compatível ao desempenho acadêmico esperado.*